

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

462

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PRÉSENTÉE PAR

Joan J. BERCOVICI

né le 21 Mai 1903, à Constantza (Roumanie)

**Contribution à l'étude
du
Syndrome Sympathique Basedowiforme
ou Parabasedowien**

Président : Monsieur le Professeur Marcel LABBÉ

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1931

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PRÉSENTÉE PAR

Joan J. BERCOVICI

né le 21 Mai 1903, à Constantza (Roumanie)

**Contribution à l'étude
du**

**Syndrome Sympathique Basedowiforme
ou Parabasedowien**

Président : Monsieur le Professeur Marcel LABBE

**PARIS
LIBRAIRIE M. LAC**

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.

1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... BALTHAZARD.

I. — Professeurs..... MM.

Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
	CARNOT
	BEZANÇON
Clinique médicale	ACHARD
	MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULI ET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILLEAU
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL
Professeur sans chaire	SERGENT
	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.	CATHALA....	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CADENAT....	Pathologie médicale.
BENARD HENRI.	Pathologie médicale.	CHEVALIER..	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	De GAUDAR	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	D'ALLAINES	
BROCC.....	Pathologie médicale.	CHABROL....	Pathologie chirurgicale
BRULE.....	Pathologie chirurgicale	DOGNON.....	Physique.
		DONZELOT...	Pathologie médicale.



MM.

ÉCALLE.....	Neuro-psychiatrie.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Obstétrique.
GASTINEL.....	Pathologie expérimentale
GATELLIER..	Bactériologie.
GIROUD.....	Pathologie chirurgicale.
HARVIER.....	Histologie.
HOVELACQUE	Pathologie médicale
HUTINEL.....	Anatomie.
JOANNON....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Hygiène.
LABBE HENRI	Parasitologie
LAROCHE....	Chimie biologique.
LEMAITRE...	Parasitologie.
LEROUX.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVEUF.....	Anatomie pathologique.
LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgicale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F).	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.

MM.

MOURE.....	Pathologie chirurgicale
MONDOR.....	Pathologie médicale.
MOREAU.....	Pathologie chirurgicale
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MULON.....	Histologie.
OBERLING...	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Ostétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, FILS	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur)....
	Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET....	Pharmacologie.
GUENIOT....	Obstétrique.
LEQUEUX....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER...	Histologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique à titre permanent

MM.

ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.
FIESSINGER..	Clinique médicale.
LAIGNE	
LAVASTINE..	Clinique médicale.
LERI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU...	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT...	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.	—
METZGER....	—

V. — Chargés de cours

MM.

MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.....	Education physique.
WEILL-HALLE.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HAGUENAU

Médecin des Hôpitaux de Paris

A qui je dois l'idée et les éléments de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GILBERT DREYFUS

*Chef de Clinique Médicale de la Faculté de Médecine
de Paris*

En témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL THOMAS

Ancien Chef de Clinique de la F. D. M. P.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX DE BUCAREST

A MES PARENTS

Je leur dédie ce travail, trop faible
témoignage de ma tendresse et de
mon amour filial.

A MIREILLE DAURAT

A MA TANTE ET A MON ONCLE JACQUES LINDNER

Hommage de respectueuse affection.

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRERE

A MA TANTE ADY

A MONSIEUR COMANESCO

Témoignage de reconnaissance et res-
pectueuse affection

MEIS ET AMICIS

À MON ONCLE ET GRAND AMI

MONSIEUR JULIUS BERCOVICI

A qui je dois ma carrière, pour ses
sentiments d'amitié, sa générosité et
pour tout ce qu'il a fait pour moi.

Introduction, Historique, Définition

Depuis qu'il est ouvert, le chapitre de l'endocrinologie thyroïdienne connaît une évolution dont les oscillations sont remarquables.

Là où il n'y avait auparavant qu'une vague impression clinique susceptible d'interprétations les plus fantaisistes, les textes physiologiques apportent la précision scientifique. Le métabolisme basal, constitue une base solide qui permet aujourd'hui un diagnostic précis de l'hypo et l'hyperthyroïdie.

La question des hyperthyroïdies est si importante pour la pratique médicale et a donné lieu depuis quelques années à une telle quantité de travaux, qu'il était naturel d'en faire une mise au point.

Il y a une quarantaine d'années, quand les études médicales commencèrent à s'orienter vers la physiologie pathologique, deux notions parurent s'imposer à l'attention : celle d'insuffisance et celle de suractivité glandulaire.

En 1883, les Reverdin montrèrent que les accidents

que l'on observait à la suite de l'extirpation complète de la glande thyroïde atteinte de goitre, étaient semblables à ceux de la maladie spontanée décrite en 1875 par Gull et dénommée état crétinoïde. Ord un peu plus tard en 1879 l'a nommé myxœdème

Parallèlement s'installait plus lentement et avec plus de peine la notion de suractivité glandulaire.

De ce dernier point de vue, les premières études sont faites par Mœbius en 1886.

Mœbius établit que la maladie de Basedow est due à une augmentation de l'activité thyroïdienne et qu'elle s'oppose par suite au myxœdème, dû au déficit de cette glande.

Tous les auteurs admirent cette théorie.

Pour Dourdoufi la glande thyroïde formerait un corps chimique, analogue à la cocaïne, qui donnerait la tachycardie, l'exophtalmie et le tremblement. L'excès de cette substance déterminerait la maladie de Basedow.

Pierre Marie, en 1894 est d'avis que l'hyperthyroïdie explique beaucoup des symptômes de la maladie de Basedow.

En 1913 au Congrès de Londres, le Professeur Gley fait les principales objections au rôle attribué à l'insuffisance et à la suractivité glandulaire. Pour la suractivité le professeur Gley exige deux conditions :

- 1) Que la glande ait un fonctionnement exagéré ;
- 2) Que les produits en excès ne soient pas détruits dans le sang ou les tissus.

Il accepte l'existence d'un hyperthyroïdisme mais à la condition qu'on soit plus exigeant sur les données physiologiques.

Dans ce grand intervalle de 40 ans, l'idée d'une origine non thyroïdienne des signes cardinaux, apparaît avec intermittence, dans des travaux très nombreux. On s'aperçoit que tous les basedowiens n'ont pas toujours la même évolution, que parmi eux certains ne font pas d'accident cardiaque ni de cachexie, ni de phénomène de toxicose.

L'impression d'une différence s'impose, et si l'on consulte la littérature, on voit que le syndrome présenté par ces basedowiens, dont le pronostic vital est bénin, a été appelé successivement

- 1) Goitre exophtalmique fruste ;
- 2) Tempérament thyroïdien ;
- 3) Névrose tachycardique ;
- 4) Hyperthyroïdisme fruste ;
- 5) Cœur irritable ;
- 6) Instabilité thyroïdienne.

Dans l'étude de tous ces états d'après les auteurs qui les étudièrent reste toujours thyroïdienne.

La pathologie du sympathique étudié par les physio-

logistes d'après les données cliniques et de laboratoire, permet d'affirmer aujourd'hui sa participation dans la formation des signes cardinaux du syndrome basedowien.

1) Il y a un état de amphotomie à prédominance sympathique capable à lui seul de créer un tableau clinique basedowien avec exophtalmie, goitre, tachycardie et tremblement.

2) Il peut coexister avec l'hyperthyroïdie, et alors c'est la maladie de Basedow, mais l'hyperthyroïdie n'est pas le seul facteur, la seule étiologie des symptômes.

A l'heure actuelle il est possible de se rendre compte assez exactement de cette question des hyperthyroïdies.

Le Congrès Français de Médecine qui se tint à Liège en 1930 l'avait mis à l'ordre du jour.

Les discussions ont porté sur la valeur qu'il faut attribuer au métabolisme basal dans les états hyperthyroïdiens. Pour la plupart des auteurs cette valeur est absolue.

Monsieur le Professeur Marcel Labbe est en particulier tout à fait catégorique sur ce point. Il n'hésite pas à retirer du cadre de l'hyperthyroïdie tous les états qui simulent plus ou moins le goitre exophtalmique, mais dans lesquels le M. B. est normal. Il les groupe sous le nom de syndrome sympathique basedowiforme ou parabasedowien.

Le terme de syndrome sympathique basedowiforme ou parabasedowien *est inscrit et reconnu comme terme*

consacré d'une certaine catégorie de pseudo-hyperthyroïdies, au Congrès Français de Médecine de 1930.

La définition de ce terme d'après l'auteur même est la suivante :

1) Un ensemble de manifestations morbides d'origine en apparence thyroïdienne, en réalité purement neuro-végétative ;

2) Une insensibilité complète vis-à-vis des médications antibasedowiennes et notamment de l'iodothérapie, véritable pierre de touche du diagnostic clinique ;

3) Un chiffre de métabolisme basal resté aux abords de la normale et demeurant fixe quelle qu'ait été la thérapeutique instituée ;

4) Une absence d'amaigrissement ;

5) Un pronostic vital bénin en rapport avec l'absence de tout indice de toxicose et de toute complication thyrotoxique.

Cette opinion sur la valeur du métabolisme basal est celle de la majorité des auteurs. Cependant quelques voix se sont faites entendre. Au Congrès de Liège dans la discussion des rapports, M. Léopold Lévi notamment s'est élevé contre la trop grande importance donnée au métabolisme basal pour le diagnostic des hyperthyroïdies. Malgré ces divergences il est certain que la mesure du

M. B. doit rester l'élément fondamental de tout diagnostic d'hyperthyroïdie.

Pour M. le Professeur Marcel Labbé et ses élèves Azerad et Gilbert Dreyfus la distinction entre l'hyperthyroïdie et le syndrome sympathique basedowiforme n'est pas seulement et uniquement théorique ; elle a également une portée pratique.

Ces états parabasedowiens ne sont en effet améliorés par aucune des thérapeutiques de l'hyperthyroïdie, ni par l'iode, ni par la radiothérapie, et à plus forte raison, ne relèvent pas de l'intervention chirurgicale. Ils s'améliorent au contraire par les calmants généraux du sympathique, les bromures, la valériane, l'éserine.

Les trois cas que nous avons étudiés avec notre Maître Haguenau et que nous rapportons dans ce travail confirment complètement l'opinion de ces auteurs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIERE

(Monsieur Haguenau)

Mademoiselle G. M..., âgée de 35 ans, femme de chambre, vient consulter pour des palpitations, insomnie, angoisse, troubles du caractère, instabilité psychomotrice.

Le début de ce tableau remonte à huit mois sans cause bien déterminée ; par d'infection, pas de choc.

Actuellement on est en présence d'une malade fatiguée, légèrement amaigrie, les yeux sont brillants, et qui présente une légère trémulation.

A l'examen on trouve : 1) trémulation de type Basedow qui selon la malade, l'empêche d'écrire ;

2) Une exophtalmie bilatérale nette, s'exagérant quand la malade fixe un point déterminé ;

3) tachycardie variable 98-125 ;

4) mais pas d'hypertrophie du corps thyroïde notable. Le cou un peu gros n'a pas souffert une augmentation récente ;

5) léger amaigrissement récent ;

6) Les règles sont abondantes et régulières.

Dans les antécédents personnels on ne trouve aucune trace d'infection ; pas de syphilis, ni douleurs articulaires.

Cliniquement et radiologiquement l'examen des poumons ne montre aucune lésion.

Le cœur en dehors d'une tachycardie régulière ne présente pas de lésions orificielles.

Les autres viscères sont indemnes. Les réflexes normaux.

Les troubles du caractère sont très marqués : irritabilité ; colère : accès de larmes, agitation psychomotrice : se déplace sans cesse, marche continuellement d'une chambre à l'autre, parle sans arrêt, commence un travail sans le terminer.

Le métabolisme basal est de : 11,5 % au-dessus de la normale.

Le Bordet-Wasserman est négatif.

La malade est traitée avec des sédatifs du système nerveux : valériane, bromures, sédosine et son état s'améliore progressivement. Du riche tableau il ne lui reste que l'exophtalmie, la tachycardie, et une irritabilité qui la gêne pour son travail de femme de chambre.

OBSERVATION II

(Monsieur Haguenau)

Malade âgée de 38 ans, vient consulter pour insomnie tenace agitation psychomotrice très marquée, amaigrissement, intense volubilité de la parole avec instabilité mentale, palpitations et angoisse.

1) L'insomnie est tenace depuis 18 mois environ non compensée par le repos dans la journée, elle se lève plusieurs fois dans la nuit à cause des bouffées de chaleur qui l'oblige à se découvrir ;

2) L'agitation motrice est extraordinaire : elle se lève le matin réveille tout le monde, s'agite, force les autres à se lever et circule d'une chambre à l'autre, appels téléphoniques multiples ;

3) L'amaigrissement de 4 kg. est récent.

En dehors de ces troubles rien d'anormal du point de vue mental.

On note quelques troubles digestifs, diarrhée alternant avec constipation.

Les règles sont normales.

A l'examen on trouve :

1) Légère exophtalmie ; les yeux brillants sont ronds et grands ;

2) le cou est normal, pas de corps thyroïde perceptible ;

3) l'amaigrissement quoique récent est remarquable ;

4) Léger tremblement des mains ;

5) Tachycardie (90-125).

Cliniquement et radiologiquement l'examen des poumons ne montre aucune lésion.

Le cœur en dehors d'une tachycardie régulière ne présente pas de lésions orificielles.

Les autres viscères sont indemnes. Les réflexes normaux.

La T. A. : 12-7.

L'étiologie : Dans les antécédents personnels on ne trouve aucune trace d'infection ; pas de syphilis, ni douleurs articulaires.

Chocs répétés et récents d'ordre émotif et d'ordre sentimental.

Le M. B. est de : 5 % au-dessous de la normale.

Le traitement qui consiste en repos, valériane de quinine et Sedobrol ne change pas beaucoup l'état de la malade.

Trois mois plus tard, revenue, on lui prescrit le gardénal et la passiflorine.

Un mois après, l'amélioration évidente de son état coïncide avec l'amélioration de ses causes de soucis. Elle continue à maigrir. L'examen pulmonaire est normal et la radiographie normale aussi.

Le deuxième M. B. est de : 4 % au-dessous de la normale.

On lui augmente la dose de gardénal et l'état se stabilise. Actuelle-

ment elle ne perd plus de poids, dort mieux. L'agitation est moins marquée et la volubilité de la parole aussi.

OBSERVATION III

M..., Jacques, âgé de quatorze ans, vient consulter pour des battements de cœur dont le début remonte paraît-il à l'âge de huit ans et qui se manifestent par crises espacées.

Amené par son père, on apprend que l'enfant est aussi très nerveux, coléreux, parfois agité.

Les antécédents personnels sont nuls, cet enfant n'ayant jamais été malade.

Le père est un névropathe. La mère et un frère sont bien portants.

Suivi depuis quatre ans, il présente une évolution des plus intéressantes.

Tout à fait au début, un seul symptôme existait : la tachycardie qui est paroxystique et par crises.

Un peu plus tard une tachycardie s'installe avec de temps à autre des crises de plus en plus marquées. Elles s'accompagnent d'un état dyspnéique et d'angoisse.

L'examen du malade fait à plusieurs reprises est négatif. Les poumons sont indemnes. Le cœur ne présente rien d'anormal, sauf peut-être à l'examen radiologique une forme globuleuse.

L'état général est parfait.

L'enfant mange bien, dort bien et se développe d'une façon normale.

Les réflexes sont normaux.

La T. A. est de 12-8 (Vaquez).

Le B.-W. est négatif à plusieurs reprises.

A la tachycardie du début qui est traitée par des calmants et la digitale s'ajoutent deux ans plus tard un léger souffle systolique de la pointe, des extrasystoles en salve et depuis quand le cœur se ralentit apparition d'un bruit de galop.

L'état général est toujours parfait et en dehors de l'évolution cardiaque rien à signaler.

Les yeux sont normaux.

Le cou normal.

Un léger tremblement qui n'a rien de caractéristique existe tout de même.

La nervosité est beaucoup plus marquée, mais au point de vue mental cet enfant est normal.

On pratique un examen glandulaire qui ne montre aucune insuffisance.

Le M. B. est normal (+ 1 %).

R. O. C. : pas de ralentissement par la compression oculaire.

Pendant un temps assez long le tableau clinique reste stationnaire.

Brusquement en 1929 l'aspect change et on assiste à l'apparition d'une exophtalmie avec regard brillant. L'exophtalmie est de plus en plus marquée.

En même temps le cou devient un peu gros et petit à petit laisse voir l'évolution nette d'un goitre.

On remarque parfois coïncidant avec les crises paroxystiques de la tachycardie une augmentation volumineuse du goitre.

Le métabolisme pratiqué encore à deux reprises est normal et varie entre (+ 1 % et + 2 %).

Le traitement qui consiste par l'emploi de l'éserine et des calmants nervins a un effet remarquable.

Symptomatologie du Syndrome Sympathique-Basedowiforme

Le tableau symptomatique du syndrome sympathique basedowiforme présente à l'examen clinique superficiel, presque le même aspect que dans la maladie de Basedow vraie avec hyperthyroïdie.

Nous rencontrons chez ces malades exactement comme chez les basedowiens la gamme entière de signes classiques combinés de la façon la plus variée.

A.

Parfois c'est un déséquilibre neuro-végétatif sans exophtalmie ni goitre.

Terrain émotif, palpitations, tremblements, érêthisme cardiaque, tachycardie instable qui dépend de la position debout ou couchée de la malade, variant entre 90 et 120, bouffées de chaleur.

Le métabolisme basal varié entre les limites physiologiques.

Pas d'amaigrissement vrai et s'il existe, c'est à la suite d'une anorexie nerveuse.

Les troubles génitaux manquent.

Tel est le cas publié par M. Marcel Labbé en 1926, d'une jeune femme de dix-huit ans, qui, depuis six mois, présentait : des palpitations, tremblements, éiéthisme cardiaque, tachycardie instable (couchée: 96, debout 120).

Pas de troubles vaso-moteurs, psychiques ni digestifs. Amaigrissement nul.

Le M. B. : — 9 %.

B

Dans un deuxième groupe, une augmentation de volume du corps thyroïde s'ajoute au premier tableau :

1) L'hypertrophie thyroïdienné totale, dure, symétrique ou non ; présentant ou non de l'hypervascularisation (battements)

2) Instabilité nerveuse, palpitations, tachycardie à 90-120, tremblement, insomnie, bouffées de chaleur, crise sudorale. Parfois, agitation psycho-motrice, mélancolie. Le M. B. est toujours normal ou oscille entre les mêmes chiffres. L'amaigrissement est nul.

Un nombre remarquable d'observations publiées depuis 1926 par M. le Professeur Marcel Labbé, nous édifie sur leur nature pseudothyroïdienne. Parmi ces publications nous trouvons le cas d'une malade envoyée à la consultation de la Pitié, ayant des palpitations, un état névropathique assez accusé et un petit goitre.

On ne constate aucun symptôme caractéristique de la maladie de Basedow et le M. B. mesuré pour savoir si le goitre s'accompagne d'un certain degré d'hyperthyroïdisme, est un peu au-dessous de la normale (33,11 % ?).

Les applications de courants galvanofaradiques sur le corps thyroïde par erreur pendant plusieurs mois, n'améliorent pas du tout son état.

Six mois après, la malade revient consulter se plaignant toujours des mêmes symptômes. On refait le M. B. qui est encore plus faible.

Avec quelques calmants du système nerveux on obtient rapidement la disparition des symptômes pénibles qu'accusait la malade.

C

Ailleurs, dans un troisième groupe, le corps thyroïde reste normal mais on trouve des modifications oculaires: une exophtalmie ou un simple éclat brillant du regard. Les troubles du premier groupe plus ou moins sévères sont surajoutés.

1) Encore une observation édifiante publiée en 1926 par M. le Professeur Marcel Labbé dans une étude sur le diagnostic de la maladie de Basedow.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans qui à la suite d'une émotion en juin 1926, présente des palpitations avec un pouls à 90 ; tremblement léger, bouffées de chaleur, des sueurs, un état d'hyper-émotivité et d'excitation psychique. L'exorbitisme est douteux, mais la fente pal-

pérale nettement élargie et le signe de Græfe positif. Pas d'amaigrissement notable. Le M. B. est de + 5 % (P. M. 1926).

2) Ou d'un cas publié par M. Gilbert Dreyfus dans sa thèse en 1930, où il s'agit d'une femme de vingt-deux ans qui depuis six mois (juin 1928) présente des troubles psychiques intenses, asthénie, algies multiples, tremblement discret, frilosité et acrocyanose.

Amaigrissement de 5 kg., lié à une anorexie mentale accompagnée de vomissement. Toujours bien réglée. Exophtalmie bilatérale marquée, signe de Stellwag.

Le M. B. est de — 6 %.

3) Nos deux premières observation entrent dans ce cadre.

D

Une dernière catégorie, la plus importante parce qu'elle est la cause des fréquentes erreurs, nous présente un tableau complet de goitre exophtalmique classique.

Les quatre signes caractéristiques de la tétrade basedowienne classique, sont présents :

Goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement.

Seulement, le M. B. est toujours normal, l'amaigrissement absent ou variable et les troubles génitaux manquent.

Sous le nom de pseudo-maladie de Basedow, Ley, Slosse et Van Dooren publient en 1928 une observation

très complète qui entre dans le cadre de notre dernière catégorie.

C'est le cas d'une femme de trente et un ans qui présentait des manifestations érotiques incoercibles depuis l'âge de seize ans. Depuis dix ans les observations prises sur elle, notent l'existence d'un petit goitre, exophtalmie, tremblements, sudations abondantes et faciles, tachycardie avec grande instabilité du pouls.

Rayons X, l'iode, moyens thérapeutiques employés chez cette malade n'ont aucun résultat.

Le M. B. pratiqué en trois reprises donne des résultats normaux : — 7 %, — 4 %, — 3 %, au-dessous de la normale (36,75 %).

Seuls les sédatifs nerveux ont un effet appréciable sur son état.

*
**

Dans sa thèse et dans le chapitre du syndrome parathyroïdien, M. Gilbert Dreyfus trouve sur vingt-quatre observations, un pourcentage sur la fréquence de signes cliniques qui est le suivant :

1) La tachycardie n'y fait jamais défaut, elle varie entre 80 et 120 mais elle est constamment trouvée, donc 100 %.

2) L'augmentation du volume du corps thyroïde qu'elle soit diffuse, nodulaire, vasculaire ou non ; ancienne ou contemporaine des troubles neuro-végétatifs est

présente seize fois sur vingt-quatre. Donc 60 %

3) L'exophtalmie onze fois sur vingt-quatre : 45 %.

4) Le tremblement : 42 %.

5) Les troubles vaso-moteurs : 62 %.

6) Sur vingt-quatre malades un seul homme, l'âge des femmes varie entre vingt-cinq et quarante-cinq ans.

7) Le M. B. toujours normal, ou varie entre + 12 % et — 12 %.

8) L'amaigrissement trois fois certain et deux fois douteux est remplacé par ailleurs par une vraie obésité, il varie ou il manque.

Pathogénie et Etiologie

Depuis une trentaine d'années les efforts faits pour éclaircir la question de pathogénie et d'étiologie de la maladie de Basedow, n'ont pas eu les résultats précis qu'on espérait.

Une série d'expériences que nous allons énumérer, faite depuis 1902, ne permettent pas, comme leurs auteurs le prétendait, d'élucider la physiopathologie ou l'étiologie de la maladie de Basedow.

Le métabolisme basal n'a pas été mesuré dans aucune de ces expériences et nous savons que sans lui, un diagnostic sérieux n'est pas possible.

S'il est vrai que l'on a pu créer expérimentalement une exophtalmie, le goitre, la tachycardie, le tremblement, nous ne savons pas si l'hyperthyroïdie a existé en même temps, donc s'il y eut une maladie de Basedow vraie

S'il est vrai encore, d'après les observations de Laignel-Lavastine et Bloch en 1902 qui ont pu montrer un tableau clinique similaire au tableau clinique basedowien

d'origine sympathique uniquement, ici non plus le métabolisme basal n'a pas été fait pour conclure à une hyperthyroïdie associée.

De même pour les cas publiés par M. Cléret en 1911 dans sa thèse, parmi lesquels on trouve l'observation d'une femme de quarante-quatre ans qui présentait la tétrade classique basedowienne plus des troubles dus à un déséquilibre névro-végétatif et dont l'autopsie laissait voir des gros ganglions lymphatiques qui irritaient le sympathique cervical.

Pareillement pour les observations de M. le Professeur Sergent en 1918 sur les blessés qui, à la suite des lésions du grand sympathique, etc..., présentait un tableau basedowien.

Aujourd'hui grâce aux travaux de M. Marcel Labbé et ses élèves après une longue expérience clinique, on connaît l'existence des trois syndromes bien distincts, quoique l'aspect clinique est trompeur et presque le même dans ces trois maladies.

D'un côté la maladie de Basedow ou le syndrome hyperthyroïdien est associé à une amphotonie à prédominance sympathique, de l'autre côté des phénomènes d'hyperthyroïdie purs, sont groupés dans le cadre de l'adénome toxique.

Dans un troisième groupe une amphotonie seule avec la prédominance sympathique est responsable des troubles constatés. C'est le syndrome sympathique basedowiforme ou parabasedowien.

DIAGNOSTIC

La maladie de Basedow ne doit pas être invoquée en présence de tout syndrome cardio-vasculaire avec palpitations et tachycardie.

Les états de maigreur que l'on observe parfois chez les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale, font, en raison de l'état névropathique du sujet, des palpitations et d'une saillie exagérée du corps thyroïde qui n'est pas rare dans le sexe féminin, penser à un syndrome basedowien où l'amaigrissement est habituel.

De même, certaines exophtalmies liées à une simple myopie, à des œdèmes rétro-oculaire, à une tumeur de l'orbite, font soupçonner la maladie de Basedow.

Chaque fois que nous sommes en présence d'un goitre exophtalmique, une question des plus importante se pose :

S'agit-il d'une maladie de Basedow avec hyperthyroïdie ou d'un syndrome parabasedowien ?

La symptomatologie clinique des deux syndromes nous l'avons vu, est la même. Donc nous n'avons pas le droit de poser un diagnostic sur les seuls symptômes cardinaux de la tétrade classique.

Ni le goitre, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement n'ont pas « le dernier mot ». La foule des petits signes accessoires encore moins.

Avec la majorité des auteurs, avec Monsieur le Professeur Marcel Labbé avec notre Maître Hagueneau, nous considérons :

1) le métabolisme basal comme le signe capital d'un diagnostic précis. Tandis que chez les hyperthyroïdiens le nombre de calories par heure et par mètre carré est de 30 à 75 au-dessus de la normale, les parabasedowiens ont un métabolisme basal normal, très souvent au-dessous ou légèrement au-dessus de la normale, sans dépasser — 12 ou + 12.

2) l'amaigrissement qui est le signe le plus constant chez les hyperthyroïdiens manque chez les parabasedowiens, à moins que ne se surajoutent une anorexie mentale ou des troubles digestifs chroniques avec dénutrition marquée.

3) de même les troubles ovariens manquent le plus souvent dans le syndrome parabasedowien alors que l'on connaît leurs fréquences au cours de l'hyperthyroïdie.

4) l'épreuve à l'atrophine de Danielopolu et Carniol montre un degré d'amphotonie à prédominance sympathique.

PRONOSTIC

Si le pronostic vital d'une hyperthyroïdie est discutable et parfois très grave, jamais un parasedowien ne présentera une évolution de gravité vitale ; jamais le cours n'en est interrompu par la survenue d'une complication telle qu'asystolie ou cachexie toxique.

Bien que parfois irréductible et récidivante, le syndrome parabasedowien ne comporte en soi aucun élément de gravité.

TRAITEMENT

Lorsque le Métabolisme basal pratiqué chez des malades qui ont présenté une série de manifestations morbides d'origine en apparence thyroïdienne reste dans les limites de la normale, l'idée d'une hyperthyroïdie est écartée.

Une thérapeutique antibasedowienne n'aura donc aucun effet.

L'iodothérapie véritable « pierre de touche » des états hyperthyroïdiens n'agira d'aucune façon ni sur les troubles psychiques ni sur les autres anomalies présentées par ces malades.

Moins encore la radiothérapie et à plus forte raison, il ne faut pas discuter ici, la thyroïdectomie.

Les résultats des études entreprises à Bucarest par Danielopolu et Carniol sur l'état du système neuro-végétatif dans la maladie de Basedow le syndrome parabasedowien et l'adénome toxique ont été repris, contrôlés et affirmés par notre maître Marcel Labbé.

D'après ces auteurs dans la maladie de Basedow, il y a une association de hyperthyroïdie et amphatonie à prédominance sympathique.

Les parabasedowiens présentent un déséquilibre neuro-végétatif dans le sens de la sympathicotomie pure ou de l'amphatonie à prédominance sympathique.

L'épreuve à l'atropine dans l'adénome toxique est négative. Ici on n'a trouvé aucun déséquilibre sympathico-parasympathique.

Le traitement de ces malades, qui présentent un syndrome sympathique basedowiforme sera donc inspiré et orienté, par les notions acquises de l'étude des textes pharmacodynamiques.

L'éserine est, chez les excités du grand sympathique, le médicament de choix et paraît appelée à un grand avenir. En paralysant les filets sympathiques, elle agira favorablement sur les troubles para-basedowiens.

A ce traitement de base, on ajoutera, avec le soin de savoir varier, les bromures, la valériane, le phényethylmalonylurée et tous les sédatifs du système nerveux.

Il faut supprimer tous les excitants, le café, le thé, le tabac et l'alcool. On recommande aux malades une vie calme loin des grandes villes, à la campagne.

D'après M. Laignel-Lavastine, le séjour au bord de la mer sur certaines plages a aussi un effet heureux, quoiqu'il est d'usage de défendre cette méthode thérapeutique chez les sympathicotoniques.

CONCLUSIONS

Certains malades, qui se présentent en clinique avec toute l'apparence hyperthyroïdienne appartiennent en réalité à un groupe morbide un peu particulier.

Nous avons recueilli trois observations de ce genre.

Il s'agissait de jeunes femmes qui venaient consulter pour tachycardie, palpitations, troubles vaso-moteurs et surtout des troubles psychiques avec irritation et agitation. Mais il est possible de constater en outre chez de telles malades un certain degré d'exophtalmie ou une augmentation du volume de la glande thyroïde.

Bien que des troubles génitaux manquent et surtout bien que l'amaigrissement soit ici très inconstant, alors qu'il ne manque jamais dans l'hyperthyroïdie véritable, c'est le diagnostic de maladie de Basedow fruste qui paraît s'imposer à première vue.

Mais malgré ces signes cliniques le métabolisme basal reste dans les limites du M. B. normal (+ 12 % — 12 %).

Aussi paraît-il logique de séparer nosologiquement ces états pseudo thyroïdiens des états hyperthyroïdiens

vrais, dont l'élément du M. B constitue pour la majorité des auteurs le critérium le plus fidèle.

Avec M. le Professeur Marcel Labbé, avec MM. Gilbert Dreyfus et Azerard, nous groupons les malades de cette catégorie sous le terme de syndrome sympathique basedowiforme ou parabasedowien, classification qui a un intérêt pratique puisque :

a) la thérapeutique antibasedowienne, l'iodothérapie, la radiographie ou la thyroïdectomie sont inefficaces ;

b) parce que le pronostic est ici particulièrement bénin quoique l'affection soit tenace et difficile à traiter.

Il découle des travaux de M. le Professeur Marcel Labbé et ses élèves que le syndrome parabasedowien est l'expression d'un déséquilibre neuro-végétatif à prédominance sympathique contre laquelle on luttera avec succès par la valériane, les bromures, la phénylethylmalonylurée et surtout l'ésérine.

Vu : *Le Doyen,*

Vu : *Le Président de la Thèse,*

BALTHAZARD.

MARCEL LABBÉ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHABLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pathologie médicale (SERGENT, BABONNEIX,
RIBADEAU-DUMAS).

Nouveau traité de médecine (WIDAL, ROGER, TEISSIER).

Traité d'endocrinologie (LUCIEN, PARISOT, RICHARD).

Nouveau traité de pathologie interne (ENRIQUEZ, LAFFITTE,
LAUBRY, VINCENT).

Le métabolisme basal : M. LABBÉ et STÉVENIN. Masson,
1929.

Traité de physiologie normale et pathologique (ROGER et
BINET). La glande thyroïde.

ACHARD. — *Le syndrome basedowien*. Progrès médical,
1922.

BERARD (L.) M. de BAS. — *Rebelle ayant nécessité de multiples interventions*. Lyon chir., 1924.

BOIS (E. du). — *Mét. de base dans le g. exo.* Arch. int, méd., 1916.

DAUTREBANDE. — *Classific. physiop. du goitre*. Presse méd., 1927.

— *Tr. cardiaques contemporains de certains goitres*. La Médecine, 1929.

— *Classific. nouvelle des états hyperthyr. Traitement iodé*. Soc. Cl. Hôp. 1929, Annales de méd., 1929.

DREYFUS (Gilbert). — *L'hyperthyroïdisme et son traitement* Thèse Paris, 1930. Doin. Syndrome parabasedowien.

Diabète et Maladie de Basedow. Paris Médic., 1929
Congrès français de médecine, 1930.

ETIENNE et RICHARD. — *Un cas de dysthyroïdie familiale*. R. F. Endocr., 1923.

GALLAVARDIN. — *Névroses tachycardiques et mal. de Bas. fruste*. Arch. Mal. Cœur, 1916.

LABBÉ (Marcel). — *Diagn. de l'hypèrthyroïdisme*. R. F. Endocr, 1923.

— *Le mét. Basal en clinique*. Arch. app. digestif et nutrition, 1925, n° 6.

— *Diagn. des syndr. thyroïd.* Presse méd., 1926.

— *Les formes diverses du g.* Pratique méd. fr. 1927.

— *Méthodes de traitement du g.* Pratique méd. fr., 1927.

— *Valeur du Mét. Bas. dans le diagnostic de la Mal. de Basedow.* Presse méd., 1928.

LABBÉ (M.), STEVENIN et NEPVEUX. — *Importance de la mesure du Mét. Basal dans la Mal. de Bas.* Soc. Méd. Hôp., Paris, 1922.

LAIGNEL-LAVASTINE. — *Rapports du sympathique et des glandes endocrines.* Journ. Méd. et Chir. pratiques 1924.

LEVI (Léopold). — *Vue générale sur l'endocrinologie*, 1929.

LEVI (L.) et ROTSCCHILD (de). — *Nervosisme hyperthyroïdien.* Soc. Méd. Hôp. Paris, 1922.

LUEDERS. — *Les méthodes de laboratoire dans le diagnostic précoce de l'hyperthyroïdisme.* Arch. Int. Méd. 1919.

LIAN (C.) et LYON-CAEN. — *Mét. Basal dans le diagnostic et le traitement des synd. thyroïdiens.* J. Phys. et Pathol. générales, 1924.

MICHEL. — *Maladie de Graves-Bas et troubles des systèmes nerveux organo-végétatifs.* Thèse Nancy, 1926.

MARANON. — *Le signe de la tache rouge thyroïdienne.* Soc. Méd. hôp. 1922.

MEANS et AUB. — *Le Métab. Bas: dans le g. exo.* Arch. Int. Méd., 1919.

MEANS et BURGESS. — *Le Métab. Bas: dans les g. non toxiques.* Arch. Int. Méd., 1922.

PACHON. — *Sympathique et glandes endocrines.* XVII^e Congrès de Méd., 1923.

PÉTROVITCH (Mlle). — *Le Métab. Basal dans la Mal. de Bas.* Thèse, 1923.

ROUSSY et CORNIL. — *Mal. de Bas. et guerre. Critique de l'origine émotive.* Presse Méd., 1920.

SICARD et PARAF. — Soc. Méd. hôp., Paris 1920.

STEVENIN et JANET. — *Le Métab. Basal.* Annales de Méd.,
1923.

TERROINE. — *Le Mét. Basal.* Soc. Biol., 1924.

PASTEUR-VALLERY-RADOT, HAGUENAU et DOLLFUS. — Presse
Méd., 1923.

VALLERY-RADOT (Pierre). — *Dysthyroïdies familiales et*
héréditaires, 1921.



IMPRIMERIE

A. OLIVIER

- FALAISE -

